ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО УХОДУ НА ДОМУ (IHSS) ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВНЫЙ ПЛАН И ОЦЕНКА РИСКА

ЧАСТЬ 1 – ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

ИМЯ УЧАСТНИКА:

НОМЕР ДЕЛА:

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВНЫЙ ПЛАН

ЧАСТЬ 2 – КОНТАКТЫ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ

Если вам нужна обычная помощь, и/или ваш провайдер программы IHSS по уходу не пришел в соответствии с расписанием, звоните:

	Имя	Телефон
Член семьи:		
Друг/Сосед:		
Социальный работник округа:		
Отделение соц.услуг IHSS округа:		
Общественная администрация:		
Другое:		

Другие важные номера телефонов которыми вы можете пользоваться в случае необходимости:

Медицинское учреждение:		
Адвокатская группа(ы):		
Полицейское управление:		
Пожарное управление:		
Другое:		

Если вы хотите сообщить о жестоком обращении, мошенничестве и/или халатности, звоните:

Служба защиты взрослых:	
Служба защиты детей:	
Горячая линия для глухих и лиц с проблемами слуха:	(916) 558-5670
Горячая линия в случаях мошенничества или жестокого обращения с пожилыми:	(800) 722-0432
Горячая линия в случаях мошенничества с программой Medi-Cal:	(800) 822-6222
Горячая линия Администрации Social Security в случаях мошенничества:	(800) 269-0271

Если вам необходима срочная помощь, звоните: 911
Срочная помощь это – непосредственная угроза
вашему здоровью, благополучию и/или
безопасности.

Distribution:

Original/Case File
Page 1 of 4

Copy/Recipient

ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО УХОДУ НА ДОМУ (IHSS) ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВНЫЙ ПЛАН И ОЦЕНКА РИСКА

ИМЯ УЧАСТНИКА

НОМЕР ДЕЛА

ОЦЕНКА РИСКА

ЧАСТЬ 3 – ОБЩАЯ ОЦЕНКА РИСКА

А. Оценка программой IHSS

Во время процесса оценки по программе IHSS, вы и социальный работник, ведущий ваше дело, должны определить риски, исходя из тех средств персональных услуг и услуг по дому, и связанных с ними других услуг, в которых вы, возможно, будете нуждаться. Помощь может быть получена через программу IHSS или через другие официальные или неофициальные услуги.

В. Дополнительные зоны риска

Ниже приведены дополнительные зоны риска, которые вы и соц.работник, ведущий ваше дело, обсуждали, и которые не входят в рамки программы IHSS (отметьте все подходящие варианты):

Комментарии

В1. Договоренность по месту жительства

- Проживает с другими, которые могут помочь
- Проживает одиноко, рядом проживают родственники, которые могут оказать помощь
- Проживает отдельно, рядом не проживают ни родственники/ни друзья

В2. Факторы, связанные с эвакуацией/окружающей средой

- Может эвакуироваться самостоятельно
- Может эвакуироваться, но только под наблюдением/словесной ориентацией
- В экстренном случае необходима физическая помощь для эвакуации из дома
- Имеет возможность самостоятельно пользоваться продуктами питания/водой
- Имеет информацию о номерах телефона/контактах в случае чрезвычайной ситуации
- Может контролировать освещение, системы обогрева, охлаждения или другие коммунальные удобства

В3. Связь

- Может общаться без труда
- Ограничена связь из-за нарушения слуха
- Ограничена связь из-за нарушения речи
- Может говорить или слышать с использованием вспомогательного(ых) устройства(в): _____
- Может самостоятельно совершать и принимать звонки по телефону
- Может пользоваться телефоном только при помощи вспомогательных устройств
Вспомогательное(ые) устройство(а): _____

ЧАСТЬ 4 – ГОТОВНОСТЬ К СТИХИЙНЫМ БЕДСТВИЯМ

В рамках подготовки к чрезвычайной ситуации, как, например, очень высокая или низкая температура, пожар, наводнение или землетрясение, вы и соц.работник, ведущий ваше дело, обсудили следующее:

- Ваши индивидуальные потребности с учетом состояния здоровья, которые будут указаны в Плане округа по подготовке к стихийному бедствию (если таковой освоен вашим округом).

Distribution:

Original/Case File
Page 2 of 4

Copy/Recipient

**ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО УХОДУ НА ДОМУ (IHSS)
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВНЫЙ ПЛАН И ОЦЕНКА РИСКА**

ИМЯ УЧАСТНИКА

НОМЕР ДЕЛА

ДОГОВОР И ПОДПИСИ

Подписывая ниже, вы, социальный работник, ведущий ваше дело и любое(ые) другое(ие) лицо(а), которое(ых) вы решили вовлечь в этот процесс, соглашаетесь с тем, что вы обсудили и согласились с информацией, содержащейся в этом «Индивидуальном резервном плане и оценке риска».

Получатель услуг

Подпись: _____ Дата: _____

Сотрудник округа

Подпись: _____ Дата: _____

Имя печатными буквами и должность: _____

Уполномоченный представитель

Подпись: _____ Дата: _____

Имя печатными буквами и кем вам приходится: _____

Другие

Подпись: _____ Дата: _____

Имя печатными буквами и кем вам приходится: _____

В случае, если в «Индивидуальном резервном плане и оценке риска» не было никаких изменений по сравнению с предыдущим годом, то получатель услуг/социальный работник может поставить подпись ниже, подтверждая отсутствие изменений.

Получатель услуг/Уполномоченный представитель

Подпись: _____ Дата: _____

Сотрудник округа

Подпись: _____ Дата: _____

Имя печатными буквами: _____

Distribution:

Original/Case File
Page 3 of 4

Copy/Recipient

ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО УХОДУ НА ДОМУ (IHSS) ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВНЫЙ ПЛАН И ОЦЕНКА РИСКА

ИМЯ УЧАСТНИКА

НОМЕР ДЕЛА

ИНСТРУКЦИИ

Используйте эту форму, чтобы работать с получателем услуг и предоставить ему/ей возможность свободы выбора при принятии решений, связанных с его/ее «Индивидуальным резервным планом и оценкой риска».

Обеспечьте возможность обсуждения и дискуссии между социальным работником, получателем услуг и любым другим лицом, которое по желанию получателя услуг вовлечено в этот процесс. **По завершении, копия «Индивидуального резервного плана и оценки риска» должна быть предоставлена получателю услуг. Оригинал формы должен находиться в деле получателя услуг. Социальный работник должен рекомендовать получателю услуг держать страницу 1 на видном месте.**

ЧАСТЬ 1: Впишите имя получателя услуг и номер дела. Эту информацию нужно будет добавлять на каждую страницу до тех пор, пока CMIPS II не сможет заполнять ее автоматически.

ЧАСТЬ 2: Обсуждая этот план с получателем услуг/другими лицами, принимающими участие в разработке, запишите то, что выбрано получателем услуг и его предпочтения по дополнительным контактам, а также другие важные номера телефонов, по необходимости. Обсудите с получателем услуг вопросы жестокого обращения, мошенничества и халатности, то, как сообщать о случаях жестокого обращения, мошенничества и халатности а также укажите номера телефонов APS/CPS этого района. Убедитесь, что участник сможет позвонить по телефону 911 если у него/нее возникнет чрезвычайная ситуация.

ЧАСТЬ 3А: Если помощь будет получена за счет других официальных или неофициальных услуг, заполните форму SOC 450, «Свидетельство о предоставлении добровольных услуг», по мере необходимости. Выявленные риски могут быть снижены путем утверждения часов в плане оказания услуг. Если получатель услуг отказывается от какой-либо услуги, необходимо четко задокументировать отказ от этой услуги и определить степень риска, который участник берет на себя, отказываясь от этой услуги.

ЧАСТЬ 3В: Кроме того, обсудите с получателем услуг другие возможные случаи риска, который может быть снижен или сведен к нулю благодаря обсуждению и планированию. (Резервный план).

ЧАСТЬ 4: Обсудите с получателем услуг/другими лицами, принимающими участие в разработке плана, готовность к чрезвычайным ситуациям. Включите в обсуждение то, какие меры должны быть приняты в целях сохранения здоровья индивидуума в случае стихийного бедствия.

ЧАСТЬ 5: Совместно с участником/другими заинтересованными лицами, просмотрите все разделы, убедившись, что все аспекты были обсуждены в ходе этого процесса. Убедитесь, что все соответствующие лица подписали эту форму, что подтверждает их согласие с информацией, изложенной в этой форме.

Комментарии/Примечания:

Distribution:

Original/Case File
Page 4 of 4

Copy/Recipient